事業所名：　株式会社　メディス　岩国支店　事業所番号:　3570800072　（枝番）

# 基本情報（特定福祉用具販売）

| 計画年度 | 2010 年度 | 記入年月日 | 2010/09/01 |
|---|---|---|---|
| 記入者名 | 塚崎　達治 | 所属・職名 | 管理者 |

## １．事業所を運営する法人等に関する事項

| 法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
|---|---|---|---|
| 法人等の名称 | 法人等の種類 | ［ 05 ］ | 01:社会福祉法人（社協以外）　02:社会福祉法人（社協）<br>03:医療法人　04:社団・財団　05:営利法人　06:NPO<br>07:農協　08:生協　09:その他法人<br>10:地方公共団体（都道府県）11:地方公共団体（市町村）<br>12:地方公共団体（広域連合・一部事務組合等）<br>99:その他 |
| | | （その他の場合、その名称） | |
| | 名称 | （ふりがな） | かぶしきがいしゃ　めでぃす |
| | | 株式会社　メディス | |
| 法人等の主たる事務所の所在地 | 〒 530-0047 | | |
| | 大阪府大阪市北区西天満3-3-7 | | |
| 法人等の連絡先 | 電話番号 | 06-6314-1258 | |
| | FAX番号 | 06-6315-1556 | |
| | ホームページアドレス | ［　1 ］　0. なし・　1. あり<br>1. あり:　→ http://medice.jp/ | |
| 法人等の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 三宅　和美 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| 法人等の設立年月日 | | 1986/12/02 | |

法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス

| 介護サービスの種類 | | か所数 | 主な事業所等の名称 | 所　在　地 |
|---|---|---|---|---|
| ＜居宅サービス＞ | | | | |
| 訪問介護 | [ 1 ] 0. なし・ 1. あり | 1 | 株式会社メディス岩国支店 | 山口県岩国市御庄4-106-7 |
| 訪問入浴介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問看護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問リハビリテーション | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 居宅療養管理指導 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 通所介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 通所リハビリテーション | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 短期入所生活介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 短期入所療養介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 福祉用具貸与 | [ 1 ] 0. なし・ 1. あり | 1 | 株式会社メディス岩国支店 | 山口県岩国市御庄4-106-7 |
| 特定福祉用具販売 | [ 1 ] 0. なし・ 1. あり | 1 | 株式会社メディス岩国支店 | 山口県岩国市御庄4-106-7 |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 認知症対応型通所介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 認知症対応型共同<br>生活介護 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| 地域密着型特定施設<br>入居者生活介護 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| 地域密着型介護老人<br>福祉施設入所者生活介護 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| 居宅介護支援 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| ＜介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防訪問介護 | ［ 1 ］ 0. なし・ 1. あり | 1 | 株式会社メディス岩国支店 | 山口県岩国市御庄4-106-7 |
| 介護予防訪問入浴介護 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防訪問看護 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防訪問<br>リハビリテーション | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防居宅療養<br>管理指導 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防通所介護 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防通所<br>リハビリテーション | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防短期入所<br>生活介護 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防短期入所<br>療養介護 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防特定施設<br>入居者生活介護 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | ［ 1 ］ 0. なし・ 1. あり | 1 | 株式会社メディス岩国支店 | 山口県岩国市御庄4-106-7 |
| 特定介護予防福祉<br>用具販売 | ［ 1 ］ 0. なし・ 1. あり | 1 | 株式会社メディス岩国支店 | 山口県岩国市御庄4-106-7 |

| ＜地域密着型介護予防サービス＞ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 介護予防認知症対応型通所介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 0 | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 0 | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 0 | | |
| 介護予防支援 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 0 | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | |
| 介護老人福祉施設 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 0 | | |
| 介護老人保健施設 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 0 | | |
| 介護療養型医療施設 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 0 | | |

**２．介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項**

| 項目 | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
| 事業所の名称 | (ふりがな) | かぶしきがいしゃ　めでぃす　いわくにしてん | |
| | 株式会社　メディス　岩国支店 | | |
| 事業所の所在地 | 〒 741-0083 | 市区町村コード | 352080 |
| | 山口県岩国市御庄4-106-7 | | |
| 事業所の連絡先 | 電話番号 | 0827-46-0145 | |
| | FAX番号 | 0827-46-0148 | |
| | ホームページアドレス | ［　0 ］　0. なし・　1. あり<br>1. あり:　→ | |
| 介護保険事業所番号 | 3570800072 | | |
| 事業所の管理者の氏名及び職名 | 氏名 | 塚崎　達治 | |
| | 職名 | 管理者 | |
| 事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日<br>(指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日) | | | |
| 事業の開始(予定)年月日 | 2000/06/01 | | |
| 指定の年月日 | 2000/06/01 | | |
| 指定の更新年月日(直近) | 2008/06/01 | | |
| 生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無 | ［　1 ］　0. なし・　1. あり | | |
| 事業所までの主な利用交通手段 | | | |
| 岩国市営バス、新御庄橋停留所横 | | | |

**３．事業所において介護サービスに従事する従業者に関する事項**

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 福祉用具専門相談員 | 2 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 2 人 | 2 人 |
| 事務員 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| その他の従業者 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |

| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | 35 時間 |
|---|---|

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

従業者である福祉用具専門相談員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 介護福祉士 | 1 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 義肢装具士 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 保健師 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 看護師 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 准看護師 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 理学療法士 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 作業療法士 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 社会福祉士 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 介護職員基礎研修 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 訪問介護員　1級 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 訪問介護員　2級 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 福祉用具専門相談員指定講習の過程を修了 | 1 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |

| 管理者の他の職務との兼務の有無 | [ 0 ]　0. なし・ 1. あり | |
|---|---|---|
| 管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等 | [ 1 ]　0. なし・ 1. あり | |
| | 1. あり:　→資格等の名称 | 福祉用具専門相談員 |
| 福祉用具専門相談員1人当たりの1か月の利用者数 | 5.5　人 | |

| 従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等 | | |
|---|---|---|
| 区分 | 福祉用具専門相談員 | |
| | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 0 人 | 0 人 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 人 | 0 人 |
| 業務に従事した経験年数 | | |
| 1年未満の者の人数 | 0 人 | 0 人 |
| 1年～3年未満の者の人数 | 0 人 | 0 人 |
| 3年～5年未満の者の人数 | 0 人 | 0 人 |
| 5年～10年未満の者の人数 | 2 人 | 0 人 |
| 10年以上の者の人数 | 0 人 | 0 人 |

| 従業者の健康診断の実施状況 | [ 1 ] 0. なし・ 1. あり |
|---|---|

**４．介護サービスの内容に関する事項**

| 事業所の運営に関する方針 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1　ご利用者様の、身体状況の維持向上を目的として、より良いサービスの提供に努めます。<br>2　清潔かつ安全で正常な機能を有する福祉用具を貸与します。 | | | | | | |
| 介護サービスを提供している日時 | | | | | | |
| 事業所の営業時間 | 平日 | 8 時 30 分 | ～ | 17 時 00 分 | | |
| | 土曜 | 0 時 分 | ～ | 0 時 分 | | |
| | 日曜 | 0 時 分 | ～ | 0 時 分 | | |
| | 祝日 | 0 時 分 | ～ | 0 時 分 | | |
| 定休日 | 土曜日・日曜日・祝日 | | | | | |
| 留意事項 | | | | | | |
| 事業所が通常時に介護サービスを提供する地域 | | | | | | |
| 岩国市・周南市 | | | | | | |
| 介護サービスの内容等 | | | | | | |
| 特定福祉用具販売の種目の配送に係る業務の委託状況 | | | | | | |
| [ 0 ]　0. なし・ 1. あり | 一部実施 | | | | | |
| | 委託先の名称 | | | | | |
| | 全て実施 | | | | | |
| | 委託先の名称 | | | | | |

介護サービス利用者への提供実績

腰掛便座 [ 0 ] 0. なし・ 1. あり 1. あり: → 種類

| 区分 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 記入年月日の前月の請求実績 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0 人 |
| 前年同月の請求実績 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0 人 |

特殊尿器 [ 0 ] 0. なし・ 1. あり 1. あり: → 種類

| 区分 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 記入年月日の前月の請求実績 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0 人 |
| 前年同月の請求実績 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0 人 |

入浴補助用具 [ 0 ] 0. なし・ 1. あり 1. あり: → 種類

| 区分 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 記入年月日の前月の請求実績 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0 人 |
| 前年同月の請求実績 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0 人 |

簡易浴槽 [ 0 ] 0. なし・ 1. あり 1. あり: → 種類

| 区分 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 記入年月日の前月の請求実績 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0 人 |
| 前年同月の請求実績 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0 人 |

移動用リフトのつり具の部分 [ 0 ] 0. なし・ 1. あり 1. あり: → 種類

| 区分 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 記入年月日の前月の請求実績 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0 人 |
| 前年同月の請求実績 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 0 人 |

利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況

| 項目 | | 内容 |
|---|---|---|
| 窓口の名称 | | 株式会社 メディス 岩国支店 |
| 電話番号 | | 0827-46-0145 |
| 対応している時間 | 平日 | 8 時 30 分 ～ 17 時 00 分 |
| | 土曜 | 時 分 ～ 時 分 |
| | 日曜 | 時 分 ～ 時 分 |
| | 祝日 | 時 分 ～ 時 分 |
| 定休日 | | 土曜日・日曜日・祝日 |
| 留意事項 | | |

| 介護サービスの提供内容に関する特色等 | | | |
|---|---|---|---|
| （その内容） | サービスを提供には、ご利用者様の身体状況を詳細に把握し、市町村をはじめ地域の保険・医療・福祉サービスと綿密な連携のもと、総合的なサービス提供に努めております。 | | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応の仕組み | | | |
| 損害賠償保険の加入状況 | | | ［ 1 ］ 0. なし・ 1. あり |
| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | | | |
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | | | |
| ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 当該結果の開示状況 | | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり |
| 第三者による評価の実施状況 | | | |
| ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 実施した直近の年月日 | | |
| | 実施した評価機関の名称 | | |
| | 当該結果の開示状況 | | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり |

**５．介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項**

介護給付サービスに要する費用のうち、利用者が負担すべき費用

| 特定福祉用具販売の種目 | | 最低の額 | 最高の額 |
|---|---|---|---|
| 腰掛便座 | ［ 1 ］ 0. なし・ 1. あり | 2160 円 | 2160 円 |
| 特殊尿器 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 入浴用いす | ［ 1 ］ 0. なし・ 1. あり | 810 円 | 1890 円 |
| 浴槽用手すり | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 浴槽内いす | ［ 1 ］ 0. なし・ 1. あり | 1485 円 | 1485 円 |
| 入浴台 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 浴室内すのこ | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 浴槽内すのこ | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 入浴用介助ベルト | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 簡易浴槽 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 移動用リフトのつり具の部分 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |

介護給付以外のサービスに要する費用

利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外で当該介護サービスを行う場合、それに要する交通費の額及びその算定方法

なし

福祉用具の搬入に特別な措置が必要な場合、それに要する費用の額及びその算定方法

なし

事業所名：　株式会社　メディス　岩国支店　事業所番号：　3570800072　（枝番）

# 基本情報（特定介護予防福祉用具販売）

| 計画年度 | 2010 年度 | 記入年月日 | 2010/09/01 |
|---|---|---|---|
| 記入者名 | 塚崎　達治 | 所属・職名 | 管理者 |

## １．事業所を運営する法人等に関する事項

| 法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | |
|---|---|---|
| 法人等の名称 | 法人等の種類 | ［ 05 ］ 01:社会福祉法人（社協以外） 02:社会福祉法人（社協） 03:医療法人 04:社団・財団 05:営利法人 06:NPO 07:農協 08:生協 09:その他法人 10:地方公共団体（都道府県）11:地方公共団体（市町村） 12:地方公共団体（広域連合・一部事務組合等） 99:その他 |
| | | （その他の場合、その名称） |
| | 名称 | （ふりがな） かぶしきがいしゃ　めでぃす |
| | | 株式会社　メディス |
| 法人等の主たる事務所の所在地 | 〒 530-0047 | |
| | 大阪府大阪市北区西天満3-3-7 | |
| 法人等の連絡先 | 電話番号 | 06-6314-1258 |
| | FAX番号 | 06-6315-1556 |
| | ホームページアドレス | ［ 1 ］ 0. なし・ 1. あり<br>1. あり：　→ http://medice.jp/ |
| 法人等の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 三宅　和美 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 法人等の設立年月日 | | 1986/12/02 |

法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス

| 介護サービスの種類 | | か所数 | 主な事業所等の名称 | 所　在　地 |
|---|---|---|---|---|
| ＜居宅サービス＞ | | | | |
| 訪問介護 | [ 1 ] 0. なし・ 1. あり | 1 | 株式会社メディス岩国支店 | 山口県岩国市御庄4-106-7 |
| 訪問入浴介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問看護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 訪問リハビリテーション | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 居宅療養管理指導 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 通所介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 通所リハビリテーション | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 短期入所生活介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 短期入所療養介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 特定施設入居者生活介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 福祉用具貸与 | [ 1 ] 0. なし・ 1. あり | 1 | 株式会社メディス岩国支店 | 山口県岩国市御庄4-106-7 |
| 特定福祉用具販売 | [ 1 ] 0. なし・ 1. あり | 1 | 株式会社メディス岩国支店 | 山口県岩国市御庄4-106-7 |
| ＜地域密着型サービス＞ | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 認知症対応型通所介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 認知症対応型共同生活介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 居宅介護支援 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| ＜介護予防サービス＞ | | | | |
| 介護予防訪問介護 | [ 1 ] 0. なし・ 1. あり | 1 | 株式会社メディス岩国支店 | 山口県岩国市御庄4-106-7 |
| 介護予防訪問入浴介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防訪問看護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防通所介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | [ 1 ] 0. なし・ 1. あり | 1 | 株式会社メディス岩国支店 | 山口県岩国市御庄4-106-7 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | [ 1 ] 0. なし・ 1. あり | 1 | 株式会社メディス岩国支店 | 山口県岩国市御庄4-106-7 |

| ＜地域密着型介護予防サービス＞ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 介護予防認知症<br>対応型通所介護 | ［　0 ］　0. なし・　1. あり | 0 | | |
| | 介護予防小規模<br>多機能型居宅介護 | ［　0 ］　0. なし・　1. あり | 0 | | |
| | 介護予防認知症<br>対応型共同生活介護 | ［　0 ］　0. なし・　1. あり | 0 | | |
| 介護予防支援 | | ［　0 ］　0. なし・　1. あり | 0 | | |
| ＜介護保険施設＞ | | | | | |
| | 介護老人福祉施設 | ［　0 ］　0. なし・　1. あり | 0 | | |
| | 介護老人保健施設 | ［　0 ］　0. なし・　1. あり | 0 | | |
| | 介護療養型医療施設 | ［　0 ］　0. なし・　1. あり | 0 | | |

**２．介護予防サービスを提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項**

| 事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所の名称 | (ふりがな) | かぶしきがいしゃ　めでぃす　いわくにしてん | |
| | 株式会社　メディス　岩国支店 | | |
| 事業所の所在地 | 〒 741-0083 | 市区町村コード | 352080 |
| | 山口県岩国市御庄4-106-7 | | |
| 事業所の連絡先 | 電話番号 | 0827-46-0145 | |
| | FAX番号 | 0827-46-0148 | |
| | ホームページアドレス | ［　0 ］　0. なし・　1. あり<br>1. あり:　→ | |
| 介護保険事業所番号 | 3570800072 | | |
| 事業所の管理者の氏名及び職名 | 氏名 | 塚崎　達治 | |
| | 職名 | 管理者 | |
| 事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日<br>(指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日) | | | |
| 事業の開始(予定)年月日 | | 2006/04/01 | |
| 指定の年月日 | | 2006/04/01 | |
| 指定の更新年月日(直近) | | 2006/04/01 | |
| 生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無 | | ［　1 ］　0. なし・　1. あり | |
| 事業所までの主な利用交通手段 | | | |
| 岩国市営バス、新御庄橋停留所横 | | | |

**３．事業所において介護予防サービスに従事する従業者に関する事項**

職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 福祉用具専門相談員 | 2 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 2 人 | 2 人 |
| 事務員 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| その他の従業者 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |

| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | 35 時間 |
|---|---|

※　常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

従業者である福祉用具専門相談員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|---|---|---|---|---|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 介護福祉士 | 1 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 義肢装具士 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 保健師 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 看護師 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 准看護師 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 理学療法士 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 作業療法士 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 社会福祉士 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 介護職員基礎研修 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 訪問介護員　1級 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 訪問介護員　2級 | 0 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |
| 福祉用具専門相談員指定講習の過程を修了 | 1 人 | 0 人 | 0 人 | 0 人 |

| 管理者の他の職務との兼務の有無 | [　0 ]　0. なし・　1. あり | |
|---|---|---|
| 管理者が有している当該報告に係る介護予防サービスに係る資格等 | [　1 ]　0. なし・　1. あり | |
| | 1. あり:　→ 資格等の名称 | 福祉用具専門相談員 |
| 福祉用具専門相談員1人当たりの1か月の利用者数 | 3　人 | |

| 従業者の当該報告に係る介護予防サービスの業務に従事した経験年数等 | | |
|---|---|---|
| 区分 | 福祉用具専門相談員 | |
| | 常勤 | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数 | 0 人 | 0 人 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 人 | 0 人 |
| 業務に従事した経験年数 | | |
| 1年未満の者の人数 | 0 人 | 0 人 |
| 1年～3年未満の者の人数 | 0 人 | 0 人 |
| 3年～5年未満の者の人数 | 0 人 | 0 人 |
| 5年～10年未満の者の人数 | 2 人 | 0 人 |
| 10年以上の者の人数 | 0 人 | 0 人 |
| 従業者の健康診断の実施状況 | [ 1 ] 0. なし・ 1. あり | |

**４．介護予防サービスの内容に関する事項**

| 事業所の運営に関する方針 | | | |
|---|---|---|---|
| 1　ご利用者様の、身体状況の維持向上を目的として、より良いサービスの提供に努めます。<br>2　清潔かつ安全で正常な機能を有する福祉用具を貸与します。 | | | |
| 介護予防サービスを提供している日時 | | | |
| 事業所の営業時間 | 平日 | 8 時 30 分 ～ 17 時 00 分 | |
| | 土曜 | 0 時 分 ～ 0 時 分 | |
| | 日曜 | 0 時 分 ～ 0 時 分 | |
| | 祝日 | 0 時 分 ～ 0 時 分 | |
| 定休日 | 土曜日・日曜日・祝日 | | |
| 留意事項 | | | |
| 事業所が通常時に介護予防サービスを提供する地域 | | | |
| 岩国市・周南市 | | | |
| 介護予防サービスの内容等 | | | |
| 特定介護予防福祉用具販売の種目の配送に係る業務の委託状況 | | | |
| ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 一部実施 | 委託先の名称 | |
| | 全て実施 | 委託先の名称 | |

介護予防サービス利用者への提供実績

| 項目 | | | |
|---|---|---|---|
| 腰掛便座 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 1. あり: → | 種類 |
| 区分 | 要支援1 | 要支援2 | 合計 |
| 記入年月日の前月の請求実績 | 人 | 人 | 0 人 |
| 前年同月の請求実績 | 人 | 人 | 0 人 |
| 特殊尿器 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 1. あり: → | 種類 |
| 区分 | 要支援1 | 要支援2 | 合計 |
| 記入年月日の前月の請求実績 | 人 | 人 | 0 人 |
| 前年同月の請求実績 | 人 | 人 | 0 人 |
| 入浴補助用具 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 1. あり: → | 種類 |
| 区分 | 要支援1 | 要支援2 | 合計 |
| 記入年月日の前月の請求実績 | 人 | 0 人 | 0 人 |
| 前年同月の請求実績 | 人 | 2 人 | 2 人 |
| 簡易浴槽 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 1. あり: → | 種類 |
| 区分 | 要支援1 | 要支援2 | 合計 |
| 記入年月日の前月の請求実績 | 人 | 人 | 0 人 |
| 前年同月の請求実績 | 人 | 人 | 0 人 |
| 移動用リフトのつり具の部分 | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 1. あり: → | 種類 |
| 区分 | 要支援1 | 要支援2 | 合計 |
| 記入年月日の前月の請求実績 | 人 | 人 | 0 人 |
| 前年同月の請求実績 | 人 | 人 | 0 人 |

利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況

| 項目 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 窓口の名称 | 株式会社 メディス 岩国支店 | | | | | |
| 電話番号 | 0827-46-0145 | | | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8 時 30 | 分 | ～ | 17 時 00 | 分 |
| | 土曜 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| | 日曜 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| | 祝日 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 定休日 | 土曜日・日曜日・祝日 | | | | | |
| 留意事項 | | | | | | |

| 介護予防サービスの提供内容に関する特色等 | | | |
|---|---|---|---|
| | (その内容) | サービスを提供には、ご利用者様の身体状況を詳細に把握し、市町村をはじめ地域の保険・医療・福祉サービスと綿密な連携のもと、総合的なサービス提供に努めております。 | |

| 介護予防サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応の仕組み | |
|---|---|
| 損害賠償保険の加入状況 | [ 1 ] 0. なし・ 1. あり |

| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | | | |
|---|---|---|---|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | | | |
| [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 当該結果の開示状況 | | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり |
| 第三者による評価の実施状況 | | | |
| [ 0 ] 0. なし・ 1. あり | 実施した直近の年月日 | | |
| | 実施した評価機関の名称 | | |
| | 当該結果の開示状況 | | [ 0 ] 0. なし・ 1. あり |

**５．介護予防サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項**

予防給付サービスに要する費用のうち、利用者が負担すべき費用

| 特定介護予防福祉用具販売の種目 | | 最低の額 | 最高の額 |
| --- | --- | --- | --- |
| 腰掛便座 | ［ 1 ］ 0. なし・ 1. あり | 2160 円 | 2160 円 |
| 特殊尿器 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 入浴用いす | ［ 1 ］ 0. なし・ 1. あり | 810 円 | 1890 円 |
| 浴槽用手すり | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 浴槽内いす | ［ 1 ］ 0. なし・ 1. あり | 1485 円 | 1485 円 |
| 入浴台 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 浴室内すのこ | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 浴槽内すのこ | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 入浴用介助ベルト | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 簡易浴槽 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |
| 移動用リフトのつり具の部分 | ［ 0 ］ 0. なし・ 1. あり | 円 | 円 |

予防給付以外のサービスに要する費用

利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外で当該介護予防サービスを行う場合、それに要する交通費の額及びその算定方法

なし

福祉用具の搬入に特別な措置が必要な場合、それに要する費用の額及びその算定方法

なし

調査日：2010/11/02　　　　計画年度：　2010　年度

| サービス名 | 事業所番号 | 事業所名 |
|---|---|---|
| 福祉用具貸与 | 3570800072 | 株式会社 メディス 岩国支店 |
| 介護予防福祉用具貸与 | 3570800072 | 株式会社 メディス 岩国支店 |
| 特定福祉用具販売 | 3570800072 | 株式会社 メディス 岩国支店 |
| 特定介護予防福祉用具販売 | 3570800072 | 株式会社 メディス 岩国支店 |
| － | － | － |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 確認事項 | 確認のための材料 | 記入 | 福祉用具貸与 | 介護予防福祉用具貸与 | 特定福祉用具販売 | 特定介護予防福祉用具販売 | 調査番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ⅰ．介護サービスの内容に関する事項 | 1．介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者等又は入院患者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者、入所者又は入院患者等の権利擁護等のために講じている措置 | (1) 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び利用者等の同意の取得の状況 | ① 利用申込者のサービスの選択に資する重要事項について説明し、サービスの提供開始について同意を得ている。 | 重要事項を記した文書の同意欄に、利用申込者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 1 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等との契約を行っている又は立会人を求めている。 | 利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等と交わした契約書又は第三者である立会人を求めたことがわかる文書がある。 | なし | ○ | ○ | ○ | ○ | 2 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (2) 利用者等に関する情報の把握及び課題の分析の実施の状況 | ① 福祉用具の選定を行う前に、利用者又はその家族と面談している。 | 福祉用具の選定を行う前に、利用者又はその家族と面談したことが確認できる日付、面談者及び内容の記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 3 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 利用者ごとに、身体状況、介護状況及び生活環境の記録を管理している。 | 利用者ごとの身体状況、介護状況及び生活環境の記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 4 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (3) 利用者の状態に応じた福祉用具の選定及び利用者等の同意の取得の状況 | ① 利用者ごとの福祉用具の必要性について、6か月に1回以上、介護支援専門員(介護予防支援事業所等)と相談している。 | 介護支援専門員(介護予防支援事業所等)と6か月に1回以上相談している日付及び内容の記録がある。 | あり | ○ | ○ | — | — | 5 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | — | — | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 確認事項 | 確認のための材料 | 記入 | 福祉用具貸与 | 介護予防福祉用具貸与 | 特定福祉用具販売 | 特定介護予防福祉用具販売 | 調査番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ② 利用者の身体状況、介護状況、生活環境及び使用中の福祉用具を踏まえ、福祉用具の選定理由について検討している。 | 利用者ごとの記録に、利用者の身体状況、介護状況、生活環境及び使用中の福祉用具を踏まえた福祉用具別の選定理由の記載がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 6 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (4) 利用者等に対する利用者が負担する利用料に関する説明の実施の状況 | ① 利用者に対して、福祉用具の料金表を配布する仕組みがある。 | 利用者に対して配布するための料金表がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 7 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 利用者に対して、利用明細を交付している。 | サービス提供内容(介護保険給付以外の費用がある場合にはこれを含む。)が記載されている請求明細書(写)又は領収書がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 8 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | 2. 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置 | (1) 認知症の利用者に対する介護サービスの質の確保のための取組の状況 | ① 従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する知識及び理解を深めるための研修を行っている。 | 従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修の実施記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 9 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 認知症の利用者への対応及び認知症ケアの質を確保するための仕組みがある。 | 認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 10 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (2) 利用者のプライバシーの保護のための取組の状況 | 従業者に対して、利用者のプライバシーの保護の取組に関する周知を図っている。 | a 利用者のプライバシーの保護の取組に関するマニュアル等がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 11 |
| | | | | b 利用者のプライバシーの保護の取組に関する研修の実施記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 12 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 確認事項 | 確認のための材料 | 記入 | 福祉用具貸与 | 介護予防福祉用具貸与 | 特定福祉用具販売 | 特定介護予防福祉用具販売 | 調査番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | (3) 居宅への福祉用具の搬入及び搬出に関する利用者の要望への対応の状況 | ① 利用者の居宅における福祉用具の搬入又は搬出日について、利用者又はその家族の希望に応じる仕組みがある。 | 利用者の居宅における福祉用具の搬入又は搬出日について、利用者又はその家族が指定できることについての記載がある文書がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 13 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 福祉用具の点検基準に基づいて、福祉用具の使用前点検を行っている。 | 福祉用具の使用前点検に関する基準の記載がある文書がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 14 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (4) 福祉用具の適合状態等の質の確保のための取組の状況 | ① 利用者の身体状況及び福祉用具の利用環境に応じて、福祉用具の適合を行う仕組みがある。 | 利用者の身体状況及び福祉用具の利用環境に応じた福祉用具の適合を行うための手続きについての記載があるマニュアル等がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 15 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 利用者の身体状況及び福祉用具の利用環境に応じて、福祉用具の適合を行っている。 | 利用者ごとの福祉用具の適合の実施及び実施した者の記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 16 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (5) 福祉用具の利用に関する説明及び同意の取得の状況 | ① 利用者の居宅への福祉用具の搬入時に、利用者に対して、取扱説明書を交付している。 | 取扱説明書の手交確認書等に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 17 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 福祉用具の貸与(販売)時に、利用者に実際に福祉用具を使用させながら、福祉用具の使用方法を説明している。 | 利用者が、福祉用具を使用しながら説明を受けたことの確認書等に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 18 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 確認事項 | 確認のための材料 | 記入 | 福祉用具貸与 | 介護予防福祉用具貸与 | 特定福祉用具販売 | 特定介護予防福祉用具販売 | 調査番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3. 相談、苦情等の対応のために講じている措置 | 相談、苦情等の対応のための取組の状況 | ① 利用者又はその家族からの相談、苦情等に対応する仕組みがある。 | a 重要事項を記した文書等利用者に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記されている。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 19 |
| | | | | b 相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 20 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 相談、苦情等対応の経過を記録している。 | 相談、苦情等対応に関する記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 21 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ③ 相談、苦情等対応の結果について、利用者又はその家族に説明している。 | 利用者又はその家族に対する説明の記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 22 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | 4. 介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置 | (1) 福祉用具の使用状況の確認のための取組の状況 | 利用者ごとの福祉用具の使用状況を確認している。 | 利用者の居宅への福祉用具の搬入日から10日以内に、電話又は利用者の居宅を訪問して、福祉用具の使用状況を確認した記録がある。 | あり | ○ | ○ | — | — | 23 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | — | — | |
| | | (2) 福祉用具の調整、交換等の取組の状況 | ① 少なくとも6か月に1回は、利用者の居宅を訪問し、福祉用具の使用状況の把握、メンテナンス、調整、交換等を行っている。 | 6か月に1回以上、福祉用具の使用状況の把握、メンテナンス、調整、交換等を行った記録がある。 | あり | ○ | ○ | — | — | 24 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | — | — | |
| | | | ② 介護支援専門員(介護予防支援事業所等)に、福祉用具の使用状況の確認結果を報告している。 | 介護支援専門員(介護予防支援事業所等)への福祉用具の使用状況の確認結果の報告の記録がある。 | あり | ○ | ○ | — | — | 25 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | — | — | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 確認事項 | 確認のための材料 | 記入 | 福祉用具貸与 | 介護予防福祉用具貸与 | 特定福祉用具販売 | 特定介護予防福祉用具販売 | 調査番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 5. 介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携 | (1) 介護支援専門員等との連携の状況 | サービス担当者会議に出席している。 | サービス担当者会議に出席した記録がある。 | あり | ○ | ○ | — | — | 26 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | — | — | |
| | | (2) 地域包括支援センターとの連携の状況 | 地域包括支援センターと連携し、困難な事例や苦情につながる事例の場合等の利用者への支援を行っている。 | 困難な事例や苦情につながる事例の場合等を、地域包括支援センターにつなげた記録がある。 | なし | ○ | ○ | ○ | ○ | 27 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| Ⅱ. 介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項 | 1. 適切な事業運営の確保のために講じている措置 | (1) 従業者等に対する従業者等が守るべき倫理、法令等の周知等の実施の状況 | ① 従業者が守るべき倫理を明文化している。 | 倫理規程がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 28 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施している。 | 従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修の実施記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 29 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (2) 計画的な事業運営のための取組の状況 | 事業計画を毎年度作成している。 | 毎年度の経営、運営方針等が記載されている事業計画又は年次計画がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 30 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (3) 事業運営の透明性の確保のための取組の状況 | 事業計画及び財務内容に関する資料を閲覧可能な状態にしている。 | 事業計画及び財務内容を閲覧に供することを明記した文書がある。又は、閲覧できることが確認できる。 | なし | ○ | ○ | ○ | ○ | 31 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (4) 介護サービスの提供に当たって改善すべき課題に対する取組の状況 | 事業所の改善課題について、現場の従業者と幹部従業者とが合同で検討する仕組みがある。 | 現場の従業者と幹部従業者が参加する業務改善会議等の記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 32 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 確認事項 | 確認のための材料 | 記入 | 福祉用具貸与 | 介護予防福祉用具貸与 | 特定福祉用具販売 | 特定介護予防福祉用具販売 | 調査番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2. 事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置 | (1) 事業所における役割分担等の明確化のための取組の状況 | 管理者及び福祉用具専門相談員の職務について、役割及び権限を明確にしている。 | 管理者及び福祉用具専門相談員の役割及び権限について明記された職務権限規程等がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 33 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (2) 介護サービスの提供のために必要な情報について従業者間で共有するための取組の状況 | サービスに関する情報について、従業者が共有するための仕組みがある。 | サービスに関する情報の共有についての会議、研修、勉強会、回覧等の記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 34 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (3) 従業者からの相談に対する対応及び従業者に対する指導の実施の状況 | ① 新任の従業者に対して、同行訪問による実地指導を行っている。 | 新任の従業者に対する実地指導の実施日、指導員の氏名、指導を受けた従業者の氏名、福祉用具の選定及び適合の指導の記録がある。 | なし | ○ | ○ | ○ | ○ | 35 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 従業者からの相談に応じる担当者がいる。 | 教育計画、指導要綱等従業者からの相談に応じる相談担当者についての記載がある規程等がある。 | なし | ○ | ○ | ○ | ○ | 36 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | 3. 安全管理及び衛生管理のために講じている措置 | 安全管理及び衛生管理のための取組の状況 | ① 福祉用具ごとの履歴の管理を行っている。 | 福祉用具ごとに識別可能で、少なくとも製造(又は購入)年月、件数、貸与日数(又は販売日)、故障及び修理の年月日並びにその内容の記載がある福祉用具管理台帳等がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 37 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 福祉用具の廃棄又は入替に関する基準に基づいて、福祉用具の廃棄又は入替を行っている。 | 福祉用具の廃棄又は入替に関する基準についての記載がある文書がある。 | あり | ○ | ○ | — | — | 38 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | — | — | |
| | | | ③ 福祉用具の利用に当たっての、事故防止のための注意事項について、利用者又はその家族に説明している。 | 福祉用具の利用に当たっての、事故防止のための注意事項についての説明を行ったことが確認できる文書の同意欄に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 39 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 確認事項 | 確認のための材料 | 記入 | 福祉用具貸与 | 介護予防福祉用具貸与 | 特定福祉用具販売 | 特定介護予防福祉用具販売 | 調査番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ④ 事故及び事故につながりそうな事例の情報収集を行っている。 | 事故及び事故につながりそうな事例を収集した資料がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 40 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ⑤ 事故及び事故につながりそうな事例の原因分析及び事故防止対策の検討を行っている。 | 事故の原因分析及び事故防止対策について検討した記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 41 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ⑥ 事故発生、福祉用具の故障等利用者の居宅における緊急時の連絡先を利用者に明示している。 | 利用者に交付する文書に、利用者の居宅における緊急時の連絡先を明記している。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 42 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ⑦ 事故発生、福祉用具の故障等利用者の居宅における緊急時の対応方法を定めている。 | 利用者の居宅における緊急時の対応の内容及び手順についての記載がある文書がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 43 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ⑧ 事故防止、事故発生、福祉用具の故障等利用者の居宅における緊急時の対応に関する従業者に対する研修を行っている。 | 事故防止、事故発生、福祉用具の故障等利用者の居宅における緊急時の対応に関する研修の実施記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 44 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ⑨ 事故発生、福祉用具の故障等利用者の居宅における緊急時の経過及びその対応内容について記録する仕組みがある。 | 事故発生又は福祉用具の故障等利用者の居宅における緊急時の経過、対応内容を記録するための文書がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 45 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ⑩ 福祉用具の種類ごとに、洗浄及び消毒を行う仕組みがある。 | 福祉用具の種類ごとの洗浄及び消毒の内容並びに手順についての記載があるマニュアル等がある。 | あり | ○ | ○ | — | — | 46 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | — | — | |
| | | | ⑪ 福祉用具ごとに洗浄及び消毒の状況を把握している。 | 福祉用具ごとの洗浄及び消毒の実施年月日の記録がある管理台帳等がある。 | あり | ○ | ○ | — | — | 47 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | — | — | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 確認事項 | 確認のための材料 | 記入 | 福祉用具貸与 | 介護予防福祉用具貸与 | 特定福祉用具販売 | 特定介護予防福祉用具販売 | 調査番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ⑫ 洗浄及び消毒済みの福祉用具と洗浄及び消毒前の福祉用具を区分保管している。 | 洗浄及び消毒済みの福祉用具と洗浄及び消毒前の福祉用具の区分保管(隔壁、つい立等)を行っている。 | あり | ○ | ○ | — | — | 48 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | — | — | |
| | | | ⑬ 洗浄及び消毒済みの福祉用具については、水やほこりが容易に入らないよう管理する仕組みがある。 | 洗浄及び消毒済みの福祉用具に係る袋等による梱包搬送の内容及び手順についての記載がある文書がある。 | なし | ○ | ○ | — | — | 49 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | — | — | |
| | 4. 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置 | (1) 個人情報の保護の確保のための取組の状況 | ① 事業所の業務に照らして通常必要とされる利用者及びその家族の個人情報の利用目的を公表している。 | 利用者及びその家族の個人情報の利用目的を明記した文書について、事業所内に掲示するとともに、利用者又はその家族に対して配布するための文書がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 50 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 個人情報の保護に関する方針を公表している。 | a 個人情報の保護に関する方針を事業所内に掲示している。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 51 |
| | | | | b 個人情報の保護に関する方針について、ホームページ、パンフレット等への掲載がある。 | なし | ○ | ○ | ○ | ○ | 52 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (2) 介護サービスの提供記録の開示の実施の状況 | 利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示する仕組みがある。 | 利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明記した文書がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 53 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | 5. 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置 | (1) 従業者等の計画的な教育、研修等の実施の状況 | ① 当該サービスに従事する全ての新任の従業者を対象とする研修を計画的に行っている。 | a 常勤及び非常勤の全ての新任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修計画がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 54 |
| | | | | b 常勤及び非常勤の全ての新任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修の実施記録がある。 | なし | ○ | ○ | ○ | ○ | 55 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 確認事項 | 確認のための材料 | 記入 | 福祉用具貸与 | 介護予防福祉用具貸与 | 特定福祉用具販売 | 特定介護予防福祉用具販売 | 調査番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ② 当該サービスに従事する全ての現任の従業者を対象とする研修を計画的に行っている。 | a 常勤及び非常勤の全ての現任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修計画がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 56 |
| | | | | b 常勤及び非常勤の全ての現任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修の実施記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 57 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (2) 利用者等の意向等を踏まえた介護サービスの提供内容の改善の実施の状況 | ① 利用者の意向、意向調査結果、満足度調査結果等を、経営改善プロセスに反映する仕組みがある。 | 経営改善のための会議において、利用者の意向、満足度等について検討された記録がある。 | なし | ○ | ○ | ○ | ○ | 58 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② 自ら提供する当該サービスの質について、定期的に自己評価を行っている。 | 自ら提供する当該サービスの質についての自己評価の実施記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 59 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ③ 事業所全体のサービスの質の確保について検討する仕組みがある。 | 事業所全体のサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 60 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | (3) 介護サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの実施の状況 | ① マニュアル等は、いつでも閲覧できる場所に備え付けている。 | マニュアル等について、従業者が自由に閲覧できる場所に設置してある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 61 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | | ② マニュアル等の見直しについて検討している。 | マニュアル等の見直しについて検討された記録がある。 | あり | ○ | ○ | ○ | ○ | 62 |
| | | | | (その他) | | ○ | ○ | ○ | ○ | |